

# 内視鏡検査申込書（兼診療情報提供書）

診療情報料算定の有無（する・しない）

申込先：函館市医師会病院

申込日 年 月 日

TEL (0138)43-6000 内線 740

氏名	様	M・T・S・H	年	月	日生	才	男・女											
依頼病医院・医師							㊦											
依頼検査 (○をおつけください)		1. 上部内視鏡検査 (GF) 2. 下部内視鏡検査 (CF)																
検査日時		年 月 日		AM・PM		時 分												
内視鏡検査歴		上部 (GF) : 有・無 ・ 下部 (CF) : 有・無																
感染症	HB <sub>s</sub> Ag	+	・	-	・	未	HCV	+	・	-	・	未	ワ氏反応	+	・	-	・	未
合併症	緑内障	有・無・不明			前立腺肥大	有・無・不明												
	心疾患	有・無・不明			高血圧	有・無・不明												
既往歴（特に手術歴）																		
病歴・検査目的																		
<p>※予約申込は直接予約受付（内線 740）に申し込み、日時を確認して下さい。</p> <p>検査中止または延期等は速やかにその旨を御連絡願います。</p> <p>※検査前日の夕食以後絶食として下さい。</p> <p>※ 上部内視鏡：検査時間の45分前までに受付をして下さい。</p> <p>※ 下部内視鏡：前処置の問題がありますので、申込時に確認して下さい。</p> <p>※当日、申込書の1枚目を患者さんに持参させ、2枚目を依頼者控として下さい。</p> <p>※Ba検査を施行されておりましたら、当日持参させて下さい。</p> <p>※前投はブスコパン(グルカゴン)のみで施行しておりますが、特に安定剤等を希望される場合は、お車での来院（運転）は御遠慮下さい。</p>																		